

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 39

DES
GREFFES DERMO-ÉPIDERMiques

Leur abandon à l'air libre
avec pansement protecteur à distance

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Janvier 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert WULLIAM

Né le 4 Août 1883, à Cherbourg (Manche)



LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1910

DES GREFFES DERMO-ÉPIDERMIQUES

Leur abandon à l'air libre
avec pansement protecteur à distance

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° 39

DES
GREFFES DERMO-ÉPIDERMiques

Leur abandon à l'air libre
avec pansement protecteur à distance

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Janvier 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert WULLIAM

Né le 4 Août 1883, à Cherbourg (Manche)



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
COURMONT (J.) ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER
CAZENEUVE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LÉPINE. TEISSIER. BARD. PONCET. JABOULAY. FABRE. ROLLET. NICOLAS. PIERRET. WEILL. POLLOSSON (A.). GUIART. HUGOUNENQ. X... BEAUVISAGE. GUIART. TESTUT. RENAUT. MORAT. ROQUE. COLLET. TRIPIER. POLLOSSON (M). ARLOING. LACASSAGNE. COURMONT (J.). PIC. FLORENCE.
Cliniques chirurgicales		
Clinique obstétricale et Accouchements		
Clinique ophthalmologique		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		
Clinique des maladies mentales		
Clinique des maladies des enfants		
Clinique des maladies des femmes		
Physique médicale		
Chimie médicale et pharmaceutique		
Chimie organique et Toxicologie		
Matière médicale et Botanique		
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		
Anatomie		
Anatomie générale et Histologie		
Physiologie		
Pathologie interne		
Pathologie et Thérapeutique générales		
Anatomie pathologique		
Médecine opératoire		
Médecine expérimentale et comparée		
Médecine légale		
Hygiène		
Thérapeutique		
Pharmacologie		

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, c. compl.	LANNOIS.
Pathologie externe, cours complémentaire	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BERARD.	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM. BARRAL. SAMBUC. COURMONT (P.) CHATIN. VILLARD. TIXIER.	MM. REGAUD. COMMANDEUR. GAYET. MOREL. NEVEU-LEMAIRE. J. LÉPINE.	MM. LESIEUR. MARTIN (Et.). LAROYENNE. VORON. NOGIER.	MM. LATARJET, ch. BÉRIEL, ch. BRETIN, ch... THÉVENOT.
--	---	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PONCET, Président ; VALLAS, Assesseur ;
MM. LAROYENNE et THÉVENOT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de mon Père,
LE LIEUTENANT-COLONEL WULLIAM
Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MA GRAND'MÈRE.

A MA MÈRE.

A MON FRÈRE.
GEORGES WULLIAM, docteur en droit.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE.

A TOUS MES PARENTS.

A MES AMIS
LES DOCTEURS J. DES CILLEULS, L. FIDON,
L. TONNOT.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-INSPECTEUR RICHARD

Commandeur de la Légion d'Honneur.

Nous le prions de vouloir bien accepter l'hommage de ce travail, bien faible témoignage de notre très vive et très respectueuse reconnaissance, pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CH. PELLANDA

Ancien Interne des Hôpitaux.

Nous ne pourrions jamais assez le remercier de tout ce qu'il a fait pour nous, de son dévouement à notre chevet ou à celui des nôtres, de son inlassable amitié, de ses conseils. Il fut toujours pour nous, dans les moments difficiles, un maître expérimenté. Qu'il veuille bien croire à notre très profonde et très respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LERICHE

Chef de Clinique chirurgicale.

C'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse. Il nous a aidé de ses conseils et de son expérience et nous a toujours réservé l'accueil le plus bienveillant. Qu'il soit assuré de notre très sincère et respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Lyon

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

Nous avons suivi avec le plus grand intérêt son magistral enseignement, pendant la durée de nos études médicales. Il nous fait le très grand honneur de présider cette thèse. Qu'il veuille bien être assuré de notre très respectueuse reconnaissance.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Il est de notre devoir de remercier d'abord tous ceux qui durant nos études médicales nous ont témoigné quelque bienveillance, et en particulier M. le professeur Rollet, qui fut notre premier maître et nous a toujours accueilli depuis avec la plus grande cordialité.

M. le professeur Vallas, qui fait partie de notre jury de thèse, a été pour nous un maître précieux, dont nous avons suivi avec le plus grand intérêt l'enseignement, tant au lit du malade qu'à la Faculté. Nous ne saurions le remercier trop respectueusement de l'honneur qu'ils nous fait aujourd'hui.

Que MM. les professeurs agrégés Laroyenne et Thévenot qui veulent bien également faire partie de notre jury de thèse soient assurés de notre très respectueuse gratitude.

Nous prions M. Bayle, secrétaire de la Faculté de médecine de nous permettre de le remercier ici de sa grande obligeance. Il a toujours cherché à atténuer la rigueur des règlements, dans la mesure du possible et nous a toujours réservé l'accueil le plus bienveillant ; qu'il veuille bien recevoir l'assurance de notre très respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

L'étude des greffes dermo-épidermiques offre un très grand intérêt, tant par la diversité de leurs indications, que par les difficultés qu'en offre le pansement et par les nombreuses études dont elles ont été l'objet.

Elles n'ont pas encore une longue histoire ; en France, nous voyons Reverdin en faire le premier l'essai, mettant à profit les expériences de P. Bert, sur la greffe animale, en cherchant par l'application de petits lambeaux prélevés à distance en tissu sain à hâter la cicatrisation de certaines plaies étendues. Les greffes de Reverdin étaient seulement épidermiques.

A Lyon, dans sa communication de 1872, à l'Académie de médecine, Ollier élève son procédé d'autoplastie au rang d'une véritable méthode. Il ne procède plus comme Reverdin, par la transplantation de nombreux petits lambeaux épidermiques, il recouvre la surface à greffer dans la plus grande partie de son étendue, par de longs et larges lambeaux dermo-épidermiques. A la même époque, M. Poncet, dans un intéressant article du *Lyon Médical*, en étu-

diait le mode d'action et les indications. Dans ce premier mémoire, il mettait en évidence ce fait, sur lequel on a depuis attiré l'attention, que les greffons paraissent influencer favorablement par une sorte de chimiotaxie positive, le liséré d'épidermisation périphérique de la plaie. Par une véritable action de présence, ils donnent à sa vitalité une nouvelle activité, et sous cette influence, une cicatrisation arrêtée se remet en route pour aller à la greffe.

La greffe d'Ollier était formée de l'épiderme et de la plus grande partie du derme. Thiersch, montre en 1874, que la totalité du derme n'est pas nécessaire à la vitalité des greffes, mais seulement la partie qui renferme les papilles, et la nécessité de recouvrir en totalité la surface à greffer. Après le râclage de la plaie à recouvrir, il obtenait une réunion par première intention. Tel a été le point de départ de la méthode actuelle d'autoplastie.

D'autres auteurs, tant à l'étranger qu'en France, se sont faits les promoteurs de nombreux procédés, mais pour des raisons très diverses, aucun n'a survécu à la méthode des greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch.

Celle-ci est restée un excellent procédé de greffe, facile à employer, sans danger, pas douloureuse, ne faisant aucun dégât. Une des seules difficultés que l'on rencontre dans leur emploi, tient au mode de pansement à appliquer après le dépôt de greffons. Ceux-ci sont fragiles : un frottement les déplace et les détache ; il faut donc les protéger. D'autre part, les sécrétions des lèvres de la plaie les font adhérer

aux pièces du pansement qu'on dépose sur eux et le premier changement de pansement les arrache. Aussi, connaît-on quelques échecs de ce chef.

Pour les prévenir, on a préconisé de nombreux modes de pansement. Parmi ceux-ci, nous avons eu l'occasion de voir appliquer dans le service de M. le professeur Poncet, le dernier venu et non le moins efficace, nous voulons parler de l'abandon à l'air libre de ces greffes, préconisé par M. le professeur agrégé Ombrédanne.

Deux cas suivis d'un excellent résultat, et que nous avons pu observer dans le service de M. Poncet, nous ont paru, à l'instigation de M. le docteur Leriche, chef de clinique, suffisamment probants pour le préconiser, après avoir rappelé les différents modes de pansement des greffes dermo-épidermiques et leurs indications. C'est ce qui fera le sujet de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

De l'emploi et des indications des greffes dermo-épidermiques

I. INDICATIONS GÉNÉRALES

L'emploi des greffes dermo-épidermiques est pour ainsi dire illimité. Il est nécessaire toutefois pour que leur application ait tout le succès désirable, qu'elles réunissent certaines conditions que nous allons essayer de préciser.

Ollier dans son compte-rendu à l'Académie des sciences en 1872, voulait substituer au tissu cicatriciel rétractile qui recouvre la surface des plaies, un tissu épais et charnu destiné à remplir le rôle d'une véritable peau, malgré l'absence de ses glandes. Cette conception du rôle des greffes dermo-épidermiques est peut-être un peu optimiste et cependant nombreuses sont les applications de la méthode Ollier-Thiersch, en général indiquées dans les pertes de substance cutanée de quelque origine qu'elles soient.

Au congrès de chirurgie de 1889, M. le professeur Berger, a ainsi précisé l'emploi général des greffes dermo-épidermiques :

« Les greffes dermo-épidermiques de Reverdin et de Thiersch, ont pour but l'épidermisation d'un ulcère ou d'une surface granuleuse, ou de toute perte de substance étendue, lorsque le travail de cicatrisation parti des bords, n'arriverait à ce résultat que d'une manière incertaine et au bout d'un temps fort long. Il est vrai qu'en favorisant de la sorte la prompt formation de la cicatrice, on peut espérer que celle-ci se fera dans de meilleures conditions, même au point de vue de la forme ; l'expérience de tous les jours, nous montre que ces moyens sont parfois insuffisants pour prévenir la rétraction cicatricielle et la déformation qui en résultent. Mais c'est l'exception. Les opérations plastiques, au contraire, substituent un tégument doué de toutes les qualités du revêtement cutané normal, au revêtement inodulaire que l'on extirpe, de manière à faire disparaître en même temps que lui sa puissance rétractile, à rendre aux parties sous-jacentes et adjacentes, la disposition qu'elles avaient avant que la cicatrice l'eût modifiée, et à leur permettre de la conserver en les recouvrant de peau souple, encore pourvue de son tissu cellulaire sous-cutané.

« Les greffes épidermiques et dermo-épidermiques en résumé, ont pour but de favoriser la formation d'une cicatrice ; la greffe par la méthode italienne a pour objet de supprimer la cicatrice et de lui substi-

tuer des téguments normaux. Aucune assimilation n'est à faire entre leurs indications. »

Pour M. Poncet, qui fut un des adeptes de la première heure de la greffe italienne, l'autoplastie à l'italienne est la véritable greffe chirurgicale. La méthode dermo-épidermique a un champ d'action plus modeste et plus restreint. Elle doit s'appliquer aux pertes de substances peu étendues dans les régions où l'on manque d'étoffe pour une autoplastie cutanée; ainsi en est-il des ulcères rebelles après brûlures, des plaies cutanées entourées d'une large plaque cicatricielle, des ulcères de jambe, des grandes plaies du cuir chevelu, après scalp total, par exemple. Bref, partout où manque de la peau pour prendre un lambeau pédiculé de bon tissu susceptible de vivre.

En résumé, lorsqu'il s'agit de pertes de substance assez étendues, elles sont difficilement applicables, parce que les lambeaux trop grands risquent de se sphacéler, parce que d'autre part, la taille du lambeau crée une perte de substance trop grande pour pouvoir être comblée par le simple affrontement des bords de la plaie.

II. INDICATIONS PARTICULIÈRES

1° Pour M. le professeur agrégé Ombrédanne, les greffes de Tiersch constituent un excellent mode de réparation des pertes de substance de la joue lorsqu'elles ne sont pas trop étendues, et ne font pas

communiquer la cavité buccale avec l'extérieur. On pourra, dit-il, les appliquer immédiatement après l'exérèse, à condition que le fond de la plaie soit bien uni, que l'hémostase soit parfaite et ait pu être obtenue sans ligature des vaisseaux. Dans ces conditions, l'emploi des greffes épidermiques permettra d'éviter la production d'autres cicatrices dues au prélèvement des lambeaux adjacents et à la perte de substance. La simplicité, l'inocuité de leur prélèvement et de leur mise en place, ne peuvent-être un instant comparées aux souffrances que cause toujours l'emploi de la méthode italienne.

Les autoplasties à grand lambeau ne doivent-être utilisées dans la restauration des téguments de la face, que si l'emploi des greffes de Thiersch paraît notoirement insuffisant.

2° Les pertes de substances d'étendue minime, situées sur le dos et l'aile du nez, bénéficient heureusement des restaurations au moyen des greffes dermo-épidermiques. Les Allemands préconisent dans ces cas, l'autoplastie non pédiculée, qui consiste dans le prélèvement d'un lambeau sur le bras, la cuisse ou ailleurs, mais de forme et de dimensions égales à la perte de substance à combler. Il est ensuite appliqué sur la brèche préalablement avivée et comprend toute l'épaisseur du derme. Cette méthode ne vaut pas l'application des greffes de Thiersch, car elle expose au sphacèle et donne des cicatrices plus apparentes.

Les pertes de substance du nez qui sont la meilleure

indication de l'autoplastie par greffe sont celles qui ne sont pas pénétrantes, intéressant les téguments, le plan osseux et cartilagineux, mais non la muqueuse (1).

3° Dans le traitement des brûlures, elles constituent également le traitement de choix, et en particulier des brûlures arrivées à la période de granulation. Toutefois, les brûlures profondes et circonferentielles des membres doivent-être traitées par la méthode italienne. Les greffes de Thiersch pourraient causer des accidents dus à la forme annulaire de la zone rétractile qui serait la conséquence de leur cicatrisation. Si le lambeau italien ne couvre pas toute la perte de substance, il diminue la rétractibilité de la cicatrice en la faisant profiter de son élasticité propre.

4° Les ulcères de la jambe sont également une indication à l'application des greffes de Thiersch. Mais la mauvaise qualité des tissus sur lesquels elles sont placées, expose à des succès fréquents. De plus, il est à craindre, ce qui se produit quelquefois avec les ulcères variqueux, que la greffe après avoir pris se résorbe. Cette résorption paraît étendue à une suppuration abondante, à des mouvements intempestifs du malade ou encore au mauvais état des tissus voisins. Dans ce cas, M. Ombrédanne conseille de faire précéder l'application des greffes de la circonvallation, préconisée déjà par Dolbeau. Cette opération consiste

(1) Nélaton-Ombrédanne. Rhinoplastie (1904).

à circonscrire l'ulcère par une incision circulaire, placée tout autour de lui à un travers de doigt de ses bords, et intéressant le derme. On éviterait ainsi les tractions périphériques qui empêchent la cicatrisation.

La méthode italienne cependant, sera préférée dans les cas :

a). Où les greffes de Thiersch auraient échoué.

b). Dans une récurrence de l'ulcère déjà traité par les greffes:

c). Dans les ulcères étendus et circonférenciels, pour la même raison qui nécessite son emploi dans les brûlures du même type.

d). Quand les altérations de la peau, même avec un ulcère petit, intéresseront la jambe circulairement.

5° M. le Prof. Gross (1) rapportant la gravité des plaies par arrachement d'une grande étendue ou de la totalité des téguments crâniens, connues sous le nom de scalp total, dit avoir employé avec succès dans ces cas la greffe de Thiersch. Deux conditions entravent la marche de la cicatrisation, les dimensions de la perte de substance et la disposition de la région. Les faits se produisent en général chez de jeunes ouvrières, dont la chevelure est saisie et entraînée par des machines, au cours de leur travail dans une usine. C'est A. Reverdin qui employa le

(1) *Semaine Médicale*, 1895.

premier dans le traitement du scalp total, les greffes épidermiques préconisées par son cousin J. Reverdin. Puis Ollier préconise la greffe dermo-épidermique et Thiersch son application après l'enlèvement des bourgeons charnus, car on a peu l'occasion d'appliquer dans le scalp des greffes immédiates. Les difficultés peuvent venir de l'étendue de la lésion qu'il est difficile de recouvrir en une fois, et de la nécessité de conserver un point d'appui à la tête. Les conclusions de M. Gross méritent d'être citées :

a) Dans les plaies par arrachement des téguments crâniens, tels qu'en produit le scalp, la méthode des greffes dermo-épidermiques Ollier-Thiersch est la seule ressource que possède le chirurgien pour assurer la guérison. La cicatrisation spontanée de ces plaies est le plus souvent irréalisable, et les méthodes autoplastiques leur sont inapplicables.

b) De même que pour les autres applications de la méthode, les lanières dermo-épidermiques doivent être prises sur le blessé lui-même, leur adhésion offre ainsi infiniment plus de chances que lorsqu'elles sont empruntées à d'autres personnes ou à des animaux.

c) La technique opératoire et le traitement consécutif offrent quelques difficultés particulières à la disposition de la région du crâne. Diverses opérations de greffes complémentaires peuvent être nécessaires.

d) Malgré ces difficultés, les résultats immédiats et définitifs du scalp par les greffes dermo-épidermiques sont absolument favorables.

6° On a employé aussi les greffes dans les pertes de substance de la peau résultant d'un processus inflammatoire, tels que : phlegmons diffus, l'érysipèle, les anthrax, les ulcérations tuberculeuses et syphilitiques et même les plaies anfractueuses à la suite de gangrène et de nécrose.

Elles ont été employées également dans les pertes de substances résultant de l'ablation d'un néoplasme, permettant ainsi une plus large incision puisque le chirurgien n'a plus à s'inquiéter de la manière dont il la comblera plus tard.

7° En chirurgie orthopédique, malgré la rétraction assez faible des lambeaux dont il faut cependant tenir compte, elles ont été appelées à corriger les cicatrices vicieuses de l'ectropion, et les grandes adhérences cicatricielles qui sont la conséquence des brûlures étendues du cou, de l'aisselle, du pli de l'aîne. Perret (Thèse de Lyon, 1895), précise ainsi leurs indications : corriger la difformité par des incisions et les débridements appropriés, utiliser dans la mesure du possible les procédés ordinaires d'autoplastie et achever la réparation au moyen des greffes dermo-épidermiques.

8° A Lyon, M. le Prof. agrégé Nové-Josserand, en 1897, et Tuffer, en 1898, les employèrent avec succès dans la reconstitution de l'urèthre d'un hypospade.

En résumé, l'exécution des autres méthodes d'autoplastie et en particulier de l'excellente méthode ita-

lienne, exige souvent pour le maintien au contact des surfaces intéressées, des positions incommodes qui finissent par être pénibles et douloureuses, et par devenir un sérieux obstacle à leur application. On a dit que chaque fois qu'un obstacle absolu ou un inconvénient sérieux n'est pas une contrindication formelle à l'emploi des greffes Ollier-Thiersch, la méthode italienne doit lui céder le pas. Mais sans être aussi enthousiaste, nous pensons qu'à côté des autoplasties française ou italienne, la méthode dermo-épidermique garde un large champ d'action. Ce sont les contrindications des autres méthodes plastiques qui deviennent les indications de la méthode italienne.

CHAPITRE II

Soins préliminaires et technique opératoire

Toutes les plaies ne sont pas aptes à recevoir des greffes, et en particulier les plaies en état de suppuration abondante. L'époque favorable par excellence est celle où la plaie nettoyée et propre s'est recouverte d'une couche granuleuse ; si les bourgeons charnus sont pâles, mollasses, atoniques, saignant facilement, mieux vaut attendre ou essayer de modifier la plaie par le repos, les pansements appropriés, la cautérisation, etc., jusqu'à ce qu'elle paraisse réunir les conditions énoncées plus haut.

Ceci dit, il est certaines précautions à prendre qui peuvent aider au succès définitif et qu'il serait préjudiciable de négliger.

L'état général du sujet est un facteur important à considérer : les affaiblis, les débilités, les cancéreux, les syphilitiques, les tuberculeux, les diabétiques, les albuminuriques, etc., et en général tous ceux dont l'organisme est la proie d'une vieille infection ou d'une diathèse, sont un mauvais terrain. M. Pozzi cite un échec chez un syphilitique et considère l'état général comme un facteur important de la réussite.

Le traitement général doit donc ne pas être négligé

et surtout le traitement spécifique qui doit être institué au moindre soupçon.

La région où l'on prélève les lambeaux dermo-épidermiques recevra les soins ordinaires destinés à assurer l'asepsie d'un champ opératoire. La plaie à greffer sera traitée selon le desideratum exprimé plus haut, par la cicatrisation au nitrate d'argent, à la teinture d'iode, au thermocautère, recevra des applications antiseptiques, des pansements humides, pour l'amener à une suppuration minime et à une aseptie suffisante.

Il est vrai que quelques auteurs (1) ont fait observer que l'asepsie n'était peut-être pas un élément aussi indispensable que l'on pouvait le croire, car ils sont arrivés à faire prendre leurs greffes dans un milieu très septique comme la bouche. Néanmoins, il semble qu'il soit préférable de la rechercher toutes les fois, qu'avec des soins appropriés, il est possible de l'obtenir.

La question a été souvent posée de savoir s'il valait mieux détruire ou non les bourgeons charnus existant à la surface de la plaie en question? Elle a été résolue de diverses façons :

A Lyon, Ollier et M. Nové-Josserand rapportent des succès égaux avec les deux méthodes, et Ollier ajoute que cette ablation lui paraît inutile, car la couche granuleuse s'assouplit ou se résorbe à moins d'une épaisseur ou d'une organisation anormales. Isnardi (2), de même, rapporte de nombreux succès

(1) Schitzer et Ewald. *Centralblatt für Chirurgie*, 1894.

(2) Isnardi. *Centralblatt für Chirurgie*, 1905.

obtenus sans l'ablation des bourgeons et il ajoute qu'après leur destruction, l'exsudat formé entre les plans profonds et les lambeaux retardent la néoformation capillaire qui doit assurer le succès.

Thiersch, au contraire, enlève les bourgeons charnus pour supprimer l'entrave à l'accès des matériaux nutritifs par les vaisseaux superficiels à direction verticale, et qui sont nécessairement étouffés par la transformation des bourgeons charnus en tissu conjonctif. M. le Prof. Gross ajoute que cette excellente méthode permet de plus d'enlever le tissu embryonnaire transitoire et les colonies microbiennes qui s'y développent.

En outre, comme ces bourgeons sont très vascularisés, ils exposent à des hémorragies qui peuvent beaucoup nuire à l'adhérence des greffes.

En résumé, si les bourgeons paraissent de mauvaise nature, friables, amollis, saignant facilement, ou au contraire, pâles et anémiés, le mieux est de les enlever au bistouri ou à la curette. Si, au contraire, ils sont fermes et bien vivants, leur présence ne peut en rien nuire au succès de l'opération.

Dans le cas où cette abrasion est discutée, le plus grand soin de l'opérateur doit être de rechercher et d'obtenir une hémostase parfaite, car un petit hématome pourrait se former entre la greffe et la plaie, la décollerait et en provoquerait la chute.

Nous n'insisterons pas sur la technique opératoire, nous en mentionnerons les temps principaux et la conduite générale, suivant le procédé de Juvara (1).

(1) Juvara. *Presse Médicale*, 1898.

1° *Avivement de la surface ulcérée.* — Après anesthésie générale ou mieux locale, on frictionne la surface de la plaie à greffer avec une compresse de gaze stérilisée et en quelques minutes celle-ci est parfaitement avivée. On peut se servir aussi de la petite lime de Juvara, spécialement construite à cet usage. Puis on enlève au bistouri les parties calleuses et anfractueuses ainsi que les fongosités.

2° *Section des greffes.* — La peau est bien tendue. Un aide se chargera, s'il est possible, de ce soin. On pourrait employer aussi les rateaux spéciaux de Mac Burney, mais leur emploi est moins pratique. Le lambeau est dessiné; on l'humecte avec du sérum artificiel, on fait une petite entaille à une de ses extrémités et avec le rasoir, bien à plat, à petits coups de scie, on attaque franchement la peau en faisant cheminer la lame dans l'épaisseur du derme. Les parties détachées sont très fines, presque transparentes.

3° *Transport et étalement des greffes.* — Les greffes se portent sur la lame du rasoir, et avec une pointe fine on les fait glisser de la lame sur la perte de substance où on s'efforcera de les étaler parfaitement. Il est absolument nécessaire que la greffe ne soit point plissée, car les rides que l'on laisserait subsister persisteraient longtemps et sont fort laides. Si on place plusieurs greffes, leur imbrication est absolument nécessaire, si on veut obtenir leur union sans cicatrice trop apparente. De même la greffe doit déborder partout la perte de substance cruentée ou bien affleurer au bord de la plaie.

4° *Pansement.* — Nous nous en occuperons dans le chapitre suivant.

Durant l'opération l'emploi des antiseptiques n'est point indiqué, on leur a attribué nombre d'insuccès. Seule la solution physiologique de chlorure de sodium permettra avantageusement d'éviter l'adhérence incommode des instruments aux lambeaux, et par son isotonie avec le sérum sanguin, et ses propriétés légèrement hémostatiques elle remplira un rôle intéressant.

Où prendre les lambeaux ?

Nous ne ferons que mentionner les greffes animales, procédé actuellement fort peu employé et qui a donné lieu à de nombreux insuccès.

La greffe hétéroplastique est la plus intéressante. Elle consiste dans le prélèvement des lambeaux sur un autre sujet ou sur des membres de sujets sains amputés, ou sur des lambeaux de peau provenant d'opérations diverses. La plupart des chirurgiens en réprouvent maintenant l'emploi. Elles ont été l'agent de transmission de maladies, telles que la syphilis et la tuberculose, comme le mentionnent les observations de Deubel, de Czerny. De plus, il semble, les dangers d'inoculation mis à part, que les greffes prises sur d'autres sujets et surtout sur des membres amputés, réussissent beaucoup plus rarement et d'une façon bien moins complète que les greffes autoplastiques qui constituent le procédé de choix.

CHAPITRE III

Des soins consécutifs et des différents pansements des greffes Ollier-Thiersch

Avant de faire l'étude rapide des différents modes de pansement employés après la pose des greffes dermo-épidermiques, il nous paraît intéressant de rappeler quels sont les phénomènes histologiques qui président à leur cicatrisation. Garré fit l'étude de cette partie de la question si étudiée des greffes d'Ollier-Thiersch. Staniou Protopopesco dans sa thèse de Paris (1892), en a ainsi retracé les points principaux.

Dès son application, la greffe repose sur un réticulum fibrineux à mailles plus ou moins volumineuses qui sépare le lambeau transplanté de la surface de la plaie et porte le nom de couche intermédiaire.

Dans les premières heures, il se fait dans la plaie greffée, une multiplication abondante des cellules endothéliales des vaisseaux et des cellules fixes du tissu conjonctif. Le transplant demeure lui, presque inerte, et seulement vers la neuvième heure il est envahi par des éléments cellulaires multinucléés et des fibrilles coupuctives qui deviennent de plus en plus nombreuses.

Vers le troisième jour, commence la période d'organisation véritable de la greffe. La vascularisation de la greffe, grâce à laquelle celle-ci reprend sa vitalité va se faire à l'aide de vaisseaux de nouvelle formation, qui apparaissent vers le troisième jour et qui remplacent les anciens vaisseaux alors presque disparus; ces vaisseaux proviennent du riche réseau vasculaire de la plaie et traversent la couche intermédiaire pour vasculariser le transplant. Ils vont dans les papilles presque sous la couche de Malpighi et finissent par établir des relations étroites entre le tissu d'emprunt et les plans profonds de la plaie.

En même temps, les éléments cellulaires de la greffe sont d'une activité considérable, ils prolifèrent et forment de gros bourgeons qui pénètrent et refoulent la couche intermédiaire qui finit par disparaître. Puis peu à peu, le travail de régularisation vasculaire, de reformation de papilles se poursuit, pendant plusieurs mois même, jusqu'à ce que la peau greffée ait repris de la vigueur, de la souplesse et de la sensibilité; toujours cependant sa vascularisation sera moins riche que celle de la peau normale, sa température par suite un peu plus basse, mais sa sensibilité le plus souvent conservée. M. le Prof. Poncet, dans un article du *Lyon Médical* 1871, a longuement étudié le processus d'extension des greffes. « Dans la suture dit-il, due aux bourgeons charnus du lambeau transplanté, on observe les mêmes phénomènes que dans la réunion des bords d'une plaie par première intention.

L'extension de la greffe ne nous paraît pas due à

une prolifération du corps muqueux. Elle agirait par sa présence sur les éléments embryonnaires directement en rapport avec ses bords, et déterminerait ainsi leur transformation épidermique; il s'agirait, en somme, d'une simple action de présence du corps muqueux de l'épiderme, pouvant déterminer parfois la transformation épithéliale. »

En un mot la greffe agit surtout comme un stimulant de la cicatrisation.

La faible nutrition des lambeaux aux débuts, la fragilité du processus histologique d'organisation sont une des causes d'échec les plus importantes et les plus fréquentes de cette méthode autoplastique. Elles expliquent aussi, en partie tout au moins, les grandes difficultés que donne le pansement des plaies greffées, et le rôle capital qu'il joue dans leur pronostic.

Le repos et l'immobilisation sont des conditions si capitales et si nécessaires que l'on a eu souvent recours, pour l'imposer au blessé, aux appareils plâtrés. Tant qu'aux matériaux eux-mêmes du pansement en dehors de l'action chimique qu'ils peuvent avoir sur le processus de cicatrisation; ils ont une influence toujours fâcheuse du fait même de leur présence à la surface des plaies. Si bien fixés qu'ils soient, ils sont toujours exposés, plus ou moins, suivant les régions et en général dans celles où le malade est obligé de prendre un point d'appui, à glisser ou à frotter la surface des greffes, pouvant par cette action toute mécanique les entraîner, les décoller, et briser les faibles connexions qui les relient à la surface à recouvrir. Nous allons rapidement passer en revue les principaux modes

de pansement qui ont été employés dans ce but, et nous étudierons dans le chapitre suivant le procédé de pansement à l'air libre, qui donna dans le service de M. le Prof. Poncet, les résultats satisfaisants que nous mentionnerons un peu plus loin.

Ollier, Thiersch recouvrent simplement la région opérée avec des morceaux de protective, et immobilisent dans un appareil plâtré, ou silicaté le membre opéré pour le maintenir dans l'immobilité nécessaire. M. Forgue réclame l'asepsie rigoureuse du pansement. Il réprouve l'emploi des antiseptiques et autres agents de désinfection dont il suspecte l'action kératolytique. Voici comme il procède : il recouvre la surface greffée de petites lames de protective de un à deux centimètres de largeur, régulièrement imbriquées. Par dessus, il dispose une série de bandelettes de gaze stérile et imbibées de la solution physiologique de chlorure de sodium, et enfin par dessus encore, un manchon d'ouate. L'immobilisation est réalisée par la mise en gouttière du membre intéressé. Si l'asepsie est sûre, il est préférable de retarder le premier pansement jusqu'au huitième jour. En effet, la formation des néo-capillaires, traits d'union et moyens de nutrition, ne se produisent selon Datchinsko que vers le quatrième jour et il ne faut pas s'exposer à rompre cette adhésion naissante.

Thiersch insiste aussi sur l'importance de l'immobilité de la région greffée et qui doit être conservée au moins pendant un mois, et il existe ainsi de nombreux échecs, qui résultent de la précocité des mouvements. Il réclame aussi l'hémostase rigoureuse qui,

comme nous l'avons déjà vu, diminue la couche intermédiaire et permet des contacts plus intimes.

Un mode de pansement plus simple consiste dans l'application sur la plaie greffée, comme sur toute plaie aseptique, de simples compresses de gaze, d'un peu d'ouate, le tout maintenu en place par quelques tours de bandes un peu serrés. L'exsudat sécrété par la plaie est bien absorbé, mais quand on renouvelle le pansement la mousseline adhère et arrache les greffes.

Aussi, a-t-on cherché à remplacer la mousseline par des imperméables, mais ceux-ci favorisant la rétention, il se produisait une véritable suppuration au-dessous d'eux qui décollait les greffes et les rendait flottantes.

Socin et Monod recouvrent leurs greffes d'une mince feuille de papier d'étain trempé dans une solution phéniquée au 1/20, de façon à empêcher le glissement des greffes et à assurer leur asepsie. Le tout est recouvert de gaze iodoformée, d'ouate, légèrement comprimées au moyen de quelques tours de bande. Le pansement est maintenu en place de quatre à cinq jours.

Jalaguier emploie d'abord de la gaze stérilisée enduite de vaseline iodoformée, qu'il remplace actuellement par le vin aromatique.

Reclus emploie le pansement humide au chlorure de sodium et fait son immobilisation avec une bande élastique.

Lejars applique le protective, la gaze salolée,

recouverte d'un imperméable de gutta et renouvelle le sixième jour seulement.

Delbet utilise des bandelettes de papier d'étain dont il fait quatre ou cinq couches au-dessus de la plaie. Ces bandelettes, trempées dans l'huile, sont imbriquées et par-dessus on fait le pansement avec de la gaze iodoformée et du coton hydrophile. Le pansement est renouvelé tous les deux jours.

Heydenrich se sert de bandes de protective qu'il imbrique et recouvre de gaze iodoformée et de coton salicylé. Il recommande les pansements rares.

Juvara, de Bucharest, fait son pansement avec des compresses sèches et aseptiques. Une large, longue et épaisse compresse, formée de plusieurs doubles, est enroulée soigneusement autour du membre ; à cet effet, le membre est soulevé par un aide, l'opérateur fixe de sa main gauche une des extrémités de la compresse, tandis que de l'autre main tenant l'autre extrémité, il la tend et l'enroule autour du membre, en recouvrant les différentes greffes tour à tour. La compresse est serrée suffisamment, de façon à exercer une légère compression. Par-dessus il étale de la ouate et maintient le tout bien fixé par une bande. Pour obtenir une immobilité absolue, il met le membre opéré dans une gouttière métallique ou plâtrée, ou simplement sur une planche.

Guelliot, de Reims, remarquant qu'avec le pansement de Juvara, les greffes y adhèrent le plus souvent et qu'on les arrache en partie quand on le renouvelle, le modifie ainsi. Il se sert de petites bandelettes de gutta-percha laminé qui s'entrecroisent, en

laissant entre elles, des espaces pour les sécrétions des premiers jours. On ne risque plus alors aux premiers pansements d'enlever avec la compresse des lambeaux encore peu adhérents.

Watson fait des pansements humides qu'il laisse en place dix à douze jours.

Weischer préconise également les pansements humides au chlorure de sodium ; dont il maintient l'humidité par des arrosages fréquents toutes les trois heures. La sécrétion doit se mêler au liquide et être absorbée par le pansement. Celui-ci est changé le deuxième jour, et remplacé par un pansement à la vaseline boriquée.

D'autres auteurs ont utilisé les poudres sèches ou inertes. M. Nové-Josserand a employé dans un cas la poudre de talc stérilisée par la chaleur.

Tuerka laissait sécher la plaie avant d'en faire le pansement et y aidait même par une ventilation artificielle.

Tous ces procédés et nous n'avons cité que les principaux, nous montrent par leur nombre et leur variété qu'aucun d'eux n'a donné pleinement satisfaction à son promoteur, en ne réalisant jamais la somme des desiderata recherchée. Nous allons maintenant décrire un mode de pansement qui nous paraît par sa simplicité, et les succès réalisés, actuellement le mode de choix pour le pansement des greffes d'Ollier et Thiersch.

CHAPITRE IV

Traitement à l'air libre des greffes dermo-épidermiques avec pansement protecteur à distance.

L'abandon à l'air des plaies granuleuses, paraît avoir été fait pour la première fois, par Wagner, de Breslau, qui dans un article de la « Centralblatt für Chirurgie (1903) » fit l'exposé de sa méthode.

Le traitement des plaies granuleuses réclame, lorsqu'elles sont suffisamment étendues, et que leur cicatrisation tarde à se faire, le bénéfice des greffes dermo-épidermiques, mais si pour une raison ou pour une autre, il est impossible d'employer ce mode d'intervention, les pansements ordinaires paraissent, non seulement retarder, mais entraver la cicatrisation et l'assèchement de la plaie. Les sécrétions par leur abondance et par la présence des corps gras, employés dans les pansements et qui créent comme une sorte de chambre humide au-dessus de la plaie, favorisent le flétrissement et la chute parfois des îlots épidermiques, existant à la surface des bourgeons, et peuvent même amener un décollement assez étendu

des bords de la plaie. On peut ajouter le danger d'une infection surajoutée qui trouve dans ce milieu humide et formé de sécrétions pathologiques, un terrain apte au développement le plus facile.

Wagner remarqua que sous l'influence de l'air, la sécrétion plastique des plaies diminuait rapidement, que les granulations se ratatinaient et que la plaie avait une tendance manifeste à diminuer, sauf quand du tissu cicatriciel abondant en limitait le pourtour.

De plus, une fine pellicule se forme à la surface de toute la plaie, pellicule qu'il peut être nécessaire d'enlever, si l'infection s'est déclarée ou existe encore.

Le rebord épidermique voit son épaisseur diminuer, il gagne concentriquement de proche en proche sur la surface de la plaie qu'il diminue peu à peu, et peut même envoyer des travées plus ou moins longues, rejoindre les bords opposés de la plaie, et la diviser ainsi en plusieurs territoires de cicatrisation.

On peut aider à la dessiccation de ces plaies, par l'application de poudres inertes aseptiques, ou légèrement antiseptiques.

Wagner, qui s'est fait le promoteur de cette méthode de pansement des plaies par leur abandon à l'air libre, a obtenu d'excellents résultats, tant au point de vue de la rapidité de la guérison que de la beauté de la cicatrice. Du reste, il ne l'emploie pas dans le cas de plaies gravement infectées, ni dans les milieux éminemment septiques. Le danger de l'infection est, du reste, le seul point à redouter dans ce mode de pansement des plaies.

Bernhard (1) employa à la suite de Wagner le pansement à l'air libre, et publia les mêmes résultats et les mêmes succès.

Brüning (2) en Allemagne, à la suite des travaux précédents, et connaissant les grandes difficultés que présente toujours le pansement des greffes d'Ollier-Thiersch, appliqua à celles-ci, le procédé de Wagner.

Il n'opérait que sous anesthésie locale, évitant ainsi les mouvements involontaires et toujours violents, que fait le malade à son réveil, et il obtenait par ce procédé l'immobilité désirable et nécessaire aux bonnes suites de l'opération. Mais le matériel de Brüning était rudimentaire. Il se contentait de placer sur la partie greffée, et lorsqu'il le pouvait, l'arceau en fil de fer employé dans tous les hôpitaux, pour épargner à un membre, le poids ou le contact des couvertures. Souvent même, il était obligé de recouvrir, la nuit, d'un pansement ses greffes, pour éviter le frottement des objets de literie sous les mouvements inconscients et maladroits du malade endormi.

Malgré tout, Brüning se déclarait enchanté de sa méthode et disait avoir obtenu ainsi les meilleurs résultats.

Pour remédier à ces inconvénients, M. le professeur agrégé Ombrédanne, qui employait avec succès la méthode de Brüning, préconise un dispositif ingénieux et très simple pour protéger ses plaies contre

(1) Bernhardt München Med. Wochenschr. 1904. N° 1.

(2) Brüning. « Centralblatt für Chirurgie ».

les violences extérieures, la poussière et les mouches, tout en permettant à l'air d'exercer son influence bienfaisante. Nous en empruntons la description au livre « les Autoplasties », de M. Ombrédanne.

« Au-dessus et au-dessous de la perte de substance, nous faisons deux tours avec une large bande d'ouate que nous fixons en place avec deux bandes de toile.

Sur ces deux points d'appui, nous faisons porter les deux extrémités d'une attelle en treillage de fil de fer galvanisé, que nous avons coudée en baïonnette à chacune de ses extrémités. L'attelle est juste au-dessus de la plaie et forme pont à ce niveau. On en placerait plusieurs, s'il était nécessaire. Les extrémités de l'attelle sont maintenues en place par quelques tours de bande. Toute cette partie du pansement ne sera plus dérangée jusqu'à guérison du malade.

Par dessus ce bâti enveloppant toute la région, nous jetons deux épaisseurs de mousseline souple destinée à arrêter les mouches et la poussière. Un tour de bande serre cette mousseline sur chacune des extrémités de l'attelle.

Tous les deux jours on enlève la mousseline et sans toucher au bâti on peut soigner les greffes.»

Ce dispositif a le mérite d'être peu encombrant, et très facilement supporté par le malade en lui permettant une immobilité moins rigoureuse que celle qu'exige une gouttière, un appareil plâtré, ou même l'exposition à l'air de Brüning, qui demandait une surveillance et une attention de tous les instants.

De plus, il peut facilement s'appliquer sur les

régions les plus diverses, il suffit d'en modifier la courbure, la taille, la coudure des extrémités. Si la plaie à protéger est très étendue, il n'y aura qu'à en disposer plusieurs, de façon convenable pour assurer la protection efficace de toute la surface greffée.

M. Ombrédanne a même fait construire suivant le même principe, dans le cas où la surface crânienne, comme dans le scalp total demande à être protégée dans toute son étendue, un casque composé d'une carcasse métallique en fil de fer, qui prend point d'appui sur les épaules, le sternum, et la région scapulaire, et est maintenu en place par deux gros tubes de caoutchouc passés sous les aisselles. La partie supérieure forme une voûte au-dessus de la calotte crânienne et est recouverte d'une couche de mousseline.

Il y a certainement certaines régions où l'emploi de ce bâti protecteur ne peut être fait ; celles par exemple sur lesquelles le corps prend un point d'appui.

Evolution des greffes sous le pansement protecteur.

« Les greffes ainsi traitées, dit M. Ombrédanne, semblent prendre très vite. Mais entre les bords des différents lambeaux dermo-épidermiques, s'écoule un peu de sérosité jaune qui durcit, formant de petites nervures ou des gouttes d'une substance, qui a l'aspect et la consistance du caramel et qui sépare les uns des autres, les bords des différentes greffes. Il ne faut pas respecter ces produits d'exsudation ; au-dessous d'eux, la sécrétion pourrait continuer à

se faire et peu à peu à décoller les greffes. Avec une pince on enlève les plus volumineux d'entre eux, ce qui permet en comprimant légèrement avec un instrument mousse, les bords des greffes voisines, ou les croûtes adjacentes, de faire sortir un peu de sérosité louche. Il y a là un travail de patience dont l'importance est capitale ».

La formation de ces croûtes dues à la dessiccation rapide par l'air, de la sécrétion de la plaie greffée, est en effet abondante; le manque de matériaux absorbants à sa surface, ne lui permet pas de s'en débarrasser et elle est certainement pour elle, une gêne à la vitalité et à l'adhérence de ses lambeaux. Nous verrons un peu plus loin que ces sécrétions sont un des principaux inconvénients de la méthode d'abandon des greffes à l'air libre.

Avantages et inconvénients du pansement à l'air libre.

L'un des avantages immédiats de ce mode de pansement est réalisé par la suppression des inconvénients physiques et mécaniques qui constituaient le défaut de la plupart des autres méthodes; plus d'adhérences aux pièces du pansement, plus de frottements, plus de glissement du pansement. Plus besoin de demander au malade une immobilité toujours gênante et difficile à obtenir, et d'être obligé souvent de l'imposer, par la mise en gouttière ou en appareils silicatés du membre intéressé.

Les pansements secs avaient le gros inconvénient de faire adhérer les compresses aux greffes quand on était obligé de les renouveler, de les décoller et de les arracher.

Les pansements humides avaient d'abord l'inconvénient d'employer des substances antiseptiques dont la présence à la surface des plaies était le plus souvent nuisible. De plus, ils pouvaient occasionner une macération précoce, et pouvant nuire ainsi à la prise des greffes.

Quant aux imperméables, ils empêchaient il est vrai l'adhérence, mais les sécrétions n'en continuaient pas moins à se faire au-dessous d'eux et comme elles ne pouvaient se frayer aucun passage au dehors il en résultait une macération presque fatale des greffes.

Il est certain que à ce mode de pansement on ne doit pas demander une guérison plus rapide, mais il semble que le temps nécessaire à la cicatrisation soit ici réduit à son minimum ; de plus, l'évolution se fait en toute sécurité pour le malade, qui supporte sans douleur et sans ennui la cicatrisation toujours lente de ce genre de plaies. Elle est du reste facile à surveiller, chaque fois que l'on change la mousseline qui recouvre l'attelle, ce qui se fait tous les deux jours environ, et malgré l'opinion de Weischer qui après avoir expérimenté l'exposition à l'air libre des plaies greffées y a renoncé, cette méthode de pansement est certainement une des meilleures, la meilleure étant encore à trouver.

Il est certain, et M. Ombrédanne l'a signalé, que la sérosité coagulée, qui s'écoule entre les lambeaux et aboutit à la formation des croûtes caramels qui recouvrent bientôt la région, est le principal inconvénient de la méthode.

Ces croûtes, en effet, forment bientôt à la surface

de la plaie greffée un sérieux obstacle à l'écoulement des exsudats qui continuent à se former au-dessous d'elle, et jouant alors le rôle de l'imperméable dont nous avons plus haut montré le danger, elles peuvent être la cause d'une macération ou d'un décollement des greffes.

Aussi est-il de toute nécessité de les enlever dès leur formation. Mais cette ablation est difficile à faire sans amener le décollement des greffes sous-jacentes sinon en totalité, au moins de leurs bords. Cette opération exige beaucoup de patience et de minutie, et elle peut être, malgré le soin apporté, la cause de nombreux insuccès. Ce sont ces considérations qui ont fait abandonner par Weischer la méthode de Bruning; mais cette manière de voir est trop absolue.

Aussi, quand les greffes sont bien prises, y a-t-il avantage semble-t-il, d'après les conclusions de Gaudalet, à remplacer le pansement à l'air libre, par un autre mode de pansement capable d'absorber les sérosités qui se forment, sans nuire à l'adhérence des greffes trop bien fixées alors pour être alors décollées.

Plus récemment, M. P. Delbet a cherché à remplacer l'exposition à l'air libre par celle en milieu oxygéné; cette méthode paraît lui avoir donné quelques succès. Et M. Ombrédanne étudie l'évolution des greffes en milieux gazeux artificiel, mais ce nouveau mode de pansement est trop nouveau pour lui permettre d'en tirer, déjà quelques conclusions précises.

En résumé, l'abandon à l'air libre des greffes dermo-épidermiques, nous paraît constituer un mode

de pansement pratique, surtout avec le dispositif de M. Ombredanne, et efficace, en respectant la délicatesse du processus de cicatrisation, la fragile adhérence des greffes au début de leur application. Les succès incontestables qu'a donnés cette méthode et dont nous allons rapporter quelques-uns, en sont malgré les quelques inconvénients signalés plus haut, un témoignage éloquent.

CONCLUSIONS

I. Parmi les nombreux modes de pansement utilisés à l'heure actuelle après l'application des greffes dermo-épidermiques, le pansement à l'air libre, sous cadre protecteur, préconisé par M. le Prof. agrégé Ombredanne paraît être excellent.

II. Il est d'un emploi facile ; les greffes ne risquent pas d'être arrachées ou décollées. Elles sont très rapidement agglutinées. Nous en rapportons deux observations recueillies dans le service de M. le Prof. Poncet.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

PONCET.

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 21 décembre 1909.

LE RECTEUR,

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite, recueillie dans le service de M. le Prof. Poncet).

Un homme de 47 ans entre dans le service de M. Poncet, le 15 septembre, pour une hernie inguinale droite, apparue depuis quelques mois au niveau d'une cicatrice de brûlure.

A l'âge de 4 ans, le malade se fit renverser sur le ventre une marmite d'eau bouillante. La partie droite de l'abdomen et la cuisse sont brûlés sur une très large surface. La cicatrisation demande plusieurs mois. Le malade ne peut donner aucun détail sur le mode de pansement appliqué, ni sur les suites de l'accident. La cicatrisation s'en fit avec une bride saillante qui le gêne un peu dans certains mouvements.

A part cela, c'est un solide gaillard, de mentalité assez rudimentaire et qui ne présente aucune tare physique.

A l'examen de l'abdomen on trouve :

1° Un grand placard cicatriciel, blanchâtre, vernissé, sur les parties inférieures de l'abdomen, à droite et sur la cuisse. Il en part une bride cicatricielle épaissie, qui passe en pont sur le pli de l'aîne, formant à la partie externe de la région droite inguinéo-crurale une sorte de petite niche renversée, où l'on peut mettre quatre doigts entrant sur toute la hauteur de la dernière phalange.

2° Une déformation de l'ombilic qui est fortement attiré à droite par la cicatrice sus décrite, et avec lui toute la peau du ventre.

3° Une hernie oblique externe, dont la saillie tend à être redressée sur la droite sous l'influence de la traction par la cicatrice; l'anneau inguinal est élargi par cette traction.



La photographie ci-jointe rend parfaitement compte de ces détails. Il est manifeste que la cicatrice vicieuse est cause du tout.

Le 28 octobre. Sous anesthésie à l'éther, M. Leriche sectionne la bride post-cicatricielle qui formait le toit de la niche plus haut décrite. On laisse la rétraction donner tout ce qu'elle peut; on voit alors la déformation s'atténuer beaucoup. La section pure et simple a donné, une fois la rétraction faite, une plaie large de trois travers de doigt et longue de dix centimètres. La profondeur de cette plaie va jusqu'à l'arcade crurale. Une incision met alors à nu le canal inguinal. Il s'agit d'une hernie acquise dont le sac est réséqué. La paroi est reconstituée en suivant la méthode de Bassini. Les tissus en sont bons, et le résultat peut être prévu favorable.

La plaie inguinale est suturée complètement; celle qui résulte de la section cicatricielle est, au contraire, pansée à plat. Dix jours après on enlève les fils de la région inguinale, et on couvre la plaie de greffes dermo-épidermiques prélevée sur la cuisse du côté opposé.

En guise de pansement, M. Leriche établit, avec une petite gouttière plate en treillis métallique malléable, un pont au-dessus de la zone des greffes; puis il le recouvre avec des bandes de gaze, de façon à les laisser à l'air libre avec pansement filtrant.

Le dispositif est laissé quatre jours en place. A ce moment, le résultat est très satisfaisant; toutes les greffes sont prises. Mais sur les bouts en contact un peu de liquide s'est concrété avec une croûte brune qui est respectée. On établit un pansement sec directement sur elle et le malade est laissé encore huit jours au lit.

Huit jours après, au premier lever, la cicatrisation est partout parfaite, sauf sur un point du bord externe où paraît un bourgeon rougeâtre.

Ce bourgeon est touché au nitrate d'argent. Un pansement sec est appliqué et on laisse le malade libre de se lever et de circuler comme bon lui semble.

Quelques jours après, on refait le pansement. Les greffes forment un plan épidermique continu. Le résultat est parfait.

Le malade part brusquement, sans qu'on ait pu le faire photographier à nouveau.

OBSERVATION II

(Inédite, recueillie dans le service de M. Poncet).

Le nommé D..., 58 ans, entre dans le service de M. Poncet, le 18 août 1908, pour une plaie de l'extrémité inférieure de la jambe droite qui n'arrive pas à cicatrisation.

Elle est consécutive à une incision qui fut faite l'an dernier sur un abcès au voisinage d'un petit ulcère variqueux. Les deux plaies se sont réunies en un vaste placard ulcéré, bleuâtre, que ni un traitement mixte, ni le repos, ni les topiques habituellement appliqués ne sont arrivés à faire fermer. Le lit a été gardé à plusieurs reprises sans résultat.

Le 20 août, sous anesthésie à l'éther, M. Leriche curette les bourgeons violacés qui recouvrent l'ulcère. Après hémostase par compression, on prélève sur la cuisse du même côté, trois grands lambeaux dermo-épidermiques qui suffisent à recouvrir l'ulcère.

Une gouttière en fil de fer est placée en pont au-dessus de la plaie, on la recouvre de gaze et derrière ce rideau, la plaie est laissée pendant huit jours au repos..

Le 29 août, on fait le premier pansement. Les greffes ont parfaitement pris : un liséré brunâtre les cerne. Le même mode de pansement est utilisé, et huit jours après un pansement sec est appliqué. La cicatrisation est complète, sauf en un point plus petit qu'une pièce de cinquante centimes au niveau duquel un greffon s'est un peu rétracté.

Au 18^e jour on permet la marche et au 22^e le malade part chez lui. Le résultat est très satisfaisant.

Depuis lors, l'ulcération a réapparu (quatre mois plus tard), et actuellement, il persiste une plaie de 5 cent. sur 6.

OBSERVATION III

(In thèse de Gaudélet).

Le nommé Georges C..., journalier, 39 ans, est hospitalisé depuis le commencement de septembre 1906 pour un ulcère variqueux siégeant à la partie interne et inférieure de la jambe gauche. C'est un homme robuste, qui n'accuse aucune maladie antérieure.

Son ulcère a débuté il y a neuf mois environ et s'est fermé une première fois, mais la récurrence ne s'est pas fait longtemps attendre.

Il mesure à son entrée environ 8 cent. de longueur sur 6 de large. Les bords en sont gonflés, blanchâtres, les tissus avoisinants ne paraissent pas de trop mauvaise qualité.

Bourgeons mous et saignants.

Pansements humides à l'eau bouillie. Repos absolu au lit. La cicatrisation fait peu de progrès.

Le 10 octobre, on pratique le greffage de la plaie.

Anesthésie à l'éther. Grattage des bourgeons charnus. Hémostase. Quatre lambeaux sont prélevés à la face antérieure de la cuisse gauche du malade après antisepsie de la région d'emprunt (savon, alcool, éther), et déposés sur la perte de substance, de façon à la recouvrir exactement.

L'opération terminée, on protège les greffes à l'aide de l'attelle métallique coudée, recouverte de ses deux couches de mousseline et le malade est transporté dans son lit.

12 octobre. Premier pansement. Les greffes sont toutes adhérentes et nullement déplacées. Toute la région est tapissée de croûtes brunes qui proviennent de la dessiccation de l'exsudat sécrété par la plaie. Ces croûtes empiètent même sur les surfaces avoisinantes non ulcérées à la partie déclive.

On enlève la plus grande partie d'entre elles à l'aide d'une pince, cette toilette terminée, on tamponne légèrement les bords des greffes avec de petits tampons de coton trempés

dans l'eau bouillie. La plaie présente alors un aspect tout à fait nouveau et très satisfaisant.

14 octobre. Même opération. Les greffes restent toujours bien adhérentes et vivantes sur toute leur étendue.

18 octobre. Diminution notable des croûtes. Excellent état, on continue les pansements tous les deux jours.

26 octobre. La réparation de la plaie est à peu près terminée. Le malade quitte l'hôpital le 29 dans un état des plus satisfaisants, avec un pansement sec.

OBSERVATION IV

(In thèse de Gaudélet).

Julien P..., 54 ans, maréchal ferrant, présente à la partie inférieure de la jambe gauche un ulcère variqueux qui a débuté deux ans auparavant et qui ne s'est jamais cicatrisé.

Pas d'antécédents spécifiques. Etat général assez bon.

Primitivement, une tentative de greffe a été faite à l'hôpital Saint-Louis; il y a eu échec presque complet.

Une tentative d'autoplastie, par la méthode italienne, faite dans le service de M. Nélaton est restée aussi sans résultat.

Des greffes de Thieisch sont de nouveau appliquées le 24 mars 1906 par M. Blanluet, interne du service.

La plaie représente, au moment de l'opération, un ovale de 12 cent. de long sur 8 cent. de large.

Anesthésie à l'éther. Grattage des bourgeons charnus. Hémostase. Cinq lambeaux sont prélevés sur le malade lui-même à la partie antérieure de la cuisse du même côté.

La surface greffée est abandonnée à la dessication de l'air, sous le pansement protecteur et tous les deux jours, on fait la toilette des greffes.

Réparation de la perte de substance en quinze jours. Aucun des lambeaux ne s'est déplacé.

Sortie du malade le 9 avril après succès complet.

BIBLIOGRAPHIE

- Ollier. — Greffes cutanées et autoplastiques. Bulletin Académie de Médecine, 1872.
- Greffes autoplastiques. IV^e Congrès français de chirurgie, 1889.
- Des greffes autoplastiques obtenues par la transplantation de larges lambeaux dermiques. De leur stabilité et des modifications tardives qu'elles subissent. Compte rendu Acad. des Sciences, 2 et 9 mai 1898, t. XXVI.
- Lauth. — Les greffes épidermiques, revue critique. Gazette médicale de Strasbourg, juin 1871.
- Poncet. — Des greffes dermo-épidermiques. Lyon Médical, 1871.
- Reverdin (G.-L.). — De la greffe épidermique. Archives générales de Médecine, 1872. Gazette médicale de Paris, décembre 1871.
- Thiersch. — Des greffes épidermiques. Berliner Klinische Wochenschrift, 1874.
- Greffes dermo-épidermiques. Centralblatt für Chirurgie, 1886.
- Deubel. — Transmission de la syphilis par des greffes. Union Médicale, 1881.
- Czerny. — Deux cas de tuberculose à la suite des greffes. Centralblatt für Chirurgie, 1886.
- Berger. — Bulletin Société de Chirurgie, 17 mars 1880.
- De l'autoplastie par la méthode italienne modifiée. Indication. Manuel opératoire. Résultats. Congrès de Chirurgie, 1889.
- Monod. — Greffe épidermique à grands lambeaux. Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1888, t. XIX.

- Chevillot. — De la greffe dermo-épidermique par le procédé de Thiersch. Th. de Paris, 1889.
- Lucas-Championnière. — Discussion sur les greffes. Bulletin de la Société de Chirurgie, 1888.
- Heydenrich. — Congrès de Chirurgie, 1889.
- Semaine Médicale, 1888.
- Pozzi. — Discussion sur la greffe de Thiersch. Société de Chirurgie, 28 mars 1888.
- Jalaguier. — Bulletin Soc. de Chirurgie, 1889.
- Manceaux. — Th. de Nancy, 1890.
- Garré. — Beiträge zur Klinischen Chirurgie, IV ter Baud, 1888.
- Goldmann. — Ueber das Schicksal der nach dem Verfahren von Thiersch verpflanzten Hautstückchen. Beiträge zur klinischen Chirurgie, t. XI.
- Stanion Protopopesco. — De la greffe d'Ollier-Thiersch. Th. de Paris, 1892.
- Urban. — Le greffe de Thiersch. Semaine Médicale, 1892.
- Watson. — Modification du Manuel opératoire de Thiersch. Boston Medical Journal, 1892.
- Krause. — De la transplantation de grands lambeaux cutanés non pédiculés. Archiv. für klinische Chirurgie, XLXI.
- Tnerka. — Contribution à l'étude de la méthode des greffes cutanées de Thiersch. Weiner Wochenschrift, 1893.
- Schnitzler et Ewald. — Contribution à la technique de la greffe cutanée de Thiersch. Centralblatt Chirurgie, 1894.
- Monod. — Greffes de Thiersch. Société de Chirurgie, 1894.
- Gross. — Le scalp et son traitement par la greffe de Thiersch. Sem. Médicale, 1895.
- Lejars. — Leçons de Chirurgie, 1895.
- Medeiros (de Castro). — De la greffe de Thiersch. Th. de Paris, 1895.
- Perret. — Contribution à l'étude des greffes autoplastiques d'après la méthode de M. le Professeur Ollier. Th. de Lyon, 1896.
- Gagnard. — Autoplastie par la méthode italienne modifiée, et la greffe d'Ollier-Thiersch. Th. de Paris, 1896.

Reclus. — Greffe italienne et greffe de Thiersch. *Journal des Praticiens*, 26 juin 1897.

Forgue. — Technique des greffes de Thiersch. *Sem. Médicale*, 1899.

— Des greffes d'Ollier-Thiersch. Leur technique. *Nouveau Montpellier Médical*, 25 janvier 1886.

Bessière. — Quelques considérations sur les greffes de Thiersch. *Th. de Montpellier*, 1899.

Wyart. — De l'arrachement chez la femme de la totalité du cuir chevelu. *Th. de Lyon*, 1898.

Chouet. — Traitement de l'hypospadias par les greffes de Thiersch. *Th. de Paris*, 1899.

Juvara (de Bucharest). — Technique des greffes de Thiersch. *Presse Médicale*, 1898.

Guelliot (de Reims). — *Presse Médicale*, 1899.

Monod et Vauwertz. — *Traité de technique opératoire*, 1902, t. I.

Moria. — Greffe cutanée locale par la méthode de Lefort-Wolfe. *Th. de Bordeaux*, 1904.

Wagner (de Breslau). — Die Behandlung von granulierenden Hautwunden. *Centralblatt für Chirurgie*, 1903.

Bernhard. — Über die offene Wundbehandlung nach Inso-lation und Eintrocknung. *Mimscher medical Wochenschrift*, 1904.

Bruning. — Über die offene Wundbehandlung nach Transplantationem. *Centralblatt für Chirurgie*, 30 juillet 1904.

Isnardi. — Über eine Vereinfachung des Technik von Transplantationen nach Thiersch. *Centralblatt für Chirurgie*, 1905.

Nélaton, Ombredanne. — *Rhinoplastie*, 1904.

— *Autoplastie*, 1907.

Gaudelet. — *Th. de Paris*, 1906.

Weischer. — *Centralblatt für Chirurgie*, 23 juin 1906.

